hémorrhagie cérébrale causée uniquement par
térie ?
ne s'agit pas d'hystérie simulant une affection orga-
e quelconque ; mais bien d'hystérie créant, de
s pièces, cette affection organique. Je demande donc
autres observations d'hémorrhagies cérébrales chez
hystériques sont connues ; si l'on peut incriminer
térie comme cause productrice de l'hémorrhagie
orale ?

Hayem. Les observations communiquées par
Gille de la Tourette sont évidemment très intéres-
es, mais il persiste, néanmoins, un doute sur la
té des hémorrhagies cérébrales incriminées ; il n'y
s eu de vérifications anatomiques, et l'on sait que,
ces circonstances, on ne peut porter une affirma-
formelle. Souvent, en effet, on croit à l'origine orga-
athique d'une affection, et l'évolution clinique ou les
ltats de l'autopsie viennent ultérieurement infirmer
agnostic.

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

29 Mai 1896.

pulis sarcomateuse à myéloplaxes. — **M. Mer-** présente les coupes histologiques d'une épulis à loplaxes de la gencive supérieure, enlevée par chwartz, à une jeune femme de vingt-sept ans.
tumeur, du volume d'une amande, avait débuté, il y x ans, au niveau de la gencive gauche, à la hauteur a canine supérieure cariée. Depuis, elle avait pro-sivement augmenté, restant indolore et sans mali-é aucune.
es préparations montrent qu'on a affaire ici à un au bosselé, irrégulier de sarcome myéloïde, recouvert entier par l'épithélium gingival sain. Le derme de encive a ceci de spécial, qu'il est le siège d'une infil-ion embryonnaire intense ; il est parsemé de vais-ux lymphatiques et sanguins dilatés qui forment au eau de la face profonde de celui-ci un riche réseau ; ce point, il existe une zone conjonctive représentant me une espèce de coque ou noyau sarcomateux s-jacent. Celui-ci est constitué par des cellules fasci-ées au milieu desquelles sont noyés des myéloplaxes ; centre, se trouve un nodule osseux de 2 à 3 millimètres diamètre. Les vaisseaux manquent complètement s le tissu sarcomateux même ; par contre, ils sont abondants dans la membrane conjonctive qui limite tumeur ; les rares capillaires qu'on rencontre en plein u néoplasique, sont contenus dans les prolongements cette capsule d'enveloppe.

Hypertrophie de l'avant-bras. — **M. Thiéry** pré-te une enfant de trois ans, offrant une hypertrophie alisée de l'avant-bras. A la naissance, cet avant-bras surait 13 centimètres de pourtour, actuellement, il sure 24 centimètres. Le bras et la main sont norma-ent développés. Au niveau du coude, on sent une duration osseuse, tandis qu'à la partie inférieure de vant-bras, ce sont plutôt les parties molles qui sont pertrophiées.
Le système musculaire est sain ; il ne peut être ques-n de paralysie pseudo-hypertrophique, car la force usculaire est normale. On émet les hypothèses de ratome, d'ostéome, de sarcome, de lipome sans que la estion puisse être tranchée.

Fracture diagnostiquée par la photographie e Rœntgen. — **M. Thiéry** rapporte l'observation d'un ividu à propos duquel on hésitait entre une entorse rsale externe du poignet et une fracture du radius. La otographie montra qu'il s'agissait d'une fracture.

Corps étranger de l'urèthre. — **M. Guinard** com-unique l'observation d'un jeune homme de vingt-sept ns qui avait introduit dans son urèthre une épingle à heveux la boucle en bas. Dans des manœuvres d'ex-raction, les deux pointes s'étaient fixées dans le gland t empêchaient la sortie. M. Guinard, appelé trente-six eures après, pratiqua une uréthrotomie externe au iveau de la boucle et retira l'épingle à cheveux avec la lus grande facilité. La plaie se cicatrisa facilement, andis que le gland, ulcéré par les branches de l'épingle, résente encore une tuméfaction très marquée.

R. MARIE.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

27 Mai 1896.

M. Courtade présente à la Société une nouvelle sonde qu'il a fait construire pour les lavages de la caisse du tympan. Cet instrument présente, sur la sonde d'Hartmann (de Berlin), l'avantage d'être rectiligne et de ne jamais accrocher la paroi de la caisse, au cas où le malade viendrait à faire un mouvement intempesti pendant l'intervention.

Effet analgésique du gargarisme au sublimé dans la carie dentaire. — M. Bardet donne lecture d'un travail de **M. Gills** (de Briançon) qui depuis deux ans, a essayé, sur trente sujets atteints de carie dentaire, l'action analgésique du bichlorure d'hydrargyre, à la dose de 0,20 pour 1000. Sous l'influence de cet antiseptique puissant, les douleurs se sont toujours dissipées avec la plus grande facilité. Mais les expériences de l'auteur ne lui paraissent pas être encore assez nombreuses pour lui permettre d'affirmer l'influence du sublimé sur l'évolution de la carie elle-même.

M. Desesquelles objecte que le bichlorure de mercure offre l'inconvénient assez sérieux de noircir les dents ; il propose de remplacer cette solution par une émulsion de quelques gouttes de naphtol camphré dans l'eau. Il a eu maintes fois recours à cette dernière préparation et toujours avec un plein succès.

De la désintoxication du sang. — **M. Barré** propose de combattre certaines infections telles que l'urémie, l'éclampsie, l'ictère grave, la méningite cérébro-spinale, la scarlatine, les empoisonnements aigus, etc., par l'association de la saignée et des injections intraveineuses de sérum artificiel, faites simultanément à chaque bras du malade. Cette méthode présente, sur les autres, l'avantage de ne pas diminuer la pression sanguine, de provoquer l'élimination des toxines, ou au moins leur dilution, enfin d'être quelque peu bactéricide, grâce aux sels alcalins dissous dans le sérum. L'auteur rapporte deux observations de malades urémiques et un fait de pneumonie infectieuse, tous trois traités par ce procédé : ces trois malades ont rapidement guéri.

M. Josias estime que ces exemples sont trop peu nombreux pour entraîner la conviction. De nouvelles tentatives lui semblent nécessaires, avant de pouvoir affirmer l'efficacité de la méthode préconisée par M. Barré.

J. B.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

Mai 1896.

Une observation d'infection puerpérale à streptocoques traitée par le sérum de Marmorek et terminée par la mort. — **MM. Durante** et **Siron.** Une femme, de bonne santé antérieure, entre dans le service de la maternité de la Charité, après avoir subi des pratiques abortives. Le deuxième jour après l'accouchement, il se produit une élévation de température, et le curettage est pratiqué. Pendant deux jours, on injecte 20 centimètres cubes, et le troisième jour 10 centimètres cubes de sérum antistreptococcique. Après un abaissement momentané, la température s'élève à nouveau. Une quatrième injection de 10 centimètres cubes de sérum est faite, et la température, après s'être maintenue élevée pendant vingt-quatre heures, redescend lentement vers 37 degrés. Au moment où la malade paraît en bonne voie de guérison, elle meurt après quarante-huit heures d'apyrexie.

Les cultures faites lors du curettage, ainsi que celles pratiquées immédiatement après la mort et lors de l'autopsie, avec les trompes et le liquide céphalo-rachidien, ont donné du streptocoque.

A l'autopsie, l'utérus paraît parfaitement sain. Le foie est pâle, le rein offre des lésions de néphrite, mais le péritoine ne porte pas de traces d'inflammation. Il existe de la bronchopneumonie nodulaire.

Histologiquement, l'utérus est intact, normalement revenu sur lui-même. Pas la moindre trace d'inflammation dans les vaisseaux, dans les lymphatiques ou dans le tissu conjonctif. Le rein, au contraire, est affecté d'une néphrite infectieuse type et très étendue. Le foie ne présente aucun nodule infectieux. Le système porte est absolument normal. Il existe une dégénérescence systématisée sus-hépatique, caractérisée par une nécrose de tous les éléments péri-sus-hépatiques et se propageant le long des voies porto-sus-hépatiques, de manière à dessiner le foie, interverti.

Dans le poumon, les foyers de bronchopneumonie paraissent s'être développés autour d'embolies de streptocoques. Le centre des noyaux est complètement dégénéré, sans infiltration leucocytique. La zone inflammatoire leucocytique est peu considérable et constituée par des éléments en état de nécrose avancée.

Les coupes pratiquées dans l'utérus et dans le foie ne décèlent pas de streptocoques, tandis qu'on en trouve quelques-uns au centre des noyaux de bronchopneumonie et dans le rein.

Les lésions précédentes sont donc surtout, et en particulier dans le foie, des lésions dues à des toxines plutôt qu'aux agents infectieux eux-mêmes. Ces derniers existent, mais on ne trouve pas de nodules infectieux de défense, soit que les toxines injectées avec le sérum aient seules déterminé les lésions, soit qu'il s'agisse ici d'un streptocoque extrêmement virulent, tuant les éléments anatomiques, sur place, avant que l'organisme ait eu le temps de se défendre et contre lequel le sérum s'est montré inactif.

R. MERCIER.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

13 Avril 1896.

Cirrhose du foie avec ascite ; hernie ombilicale étranglée ; laparotomie ; disparition de l'ascite pendant deux ans. — **M. Longbois** (de Joigny). Il s'agit d'une cirrhose alcoolique, avec ascite, ayant nécessité 40 ponctions, de 15 litres en moyenne, pendant trois ans, et de la disparition de cette ascite pendant deux ans, à la suite d'une laparotomie pratiquée pour une hernie ombilicale étranglée, et malgré la persistance des excès alcooliques.

Le malade, qui fait le sujet de cette observation, vit toujours, et est suivi par moi depuis 1889, c'est-à-dire depuis plus de sept ans.

C'est un homme de cinquante-trois ans environ, riche, et ayant pour unique occupation l'absorption de quantités quotidiennes considérables d'alcool, surtout sous forme de bitter-menthe, avant le repas de midi, habitudes d'intempérance remontant certainement à l'âge de vingt ans, au moins. On a pu constater l'absorption de 10 à 12 bitters-menthe de 9 heures à 11 heures du matin, pris aller et retour dans six ou huit cafés de la ville, sur le pouce, et sans jamais s'asseoir.

Jusqu'au mois de Septembre 1889, je n'ai eu qu'à constater les symptômes initiaux d'une cirrhose alcoolique insidieuse (anorexie, pituites, ballonnement du ventre, etc.)

A la fin de Septembre 1889, au retour d'un voyage à l'Exposition universelle, pendant lequel les tournées de bitter-menthe ont dû dépasser toute imagination, j'ai eu à lutter contre des hématémèses successives, assez copieuses pour mettre les jours en danger. Quelques-jours après éclate un accès de délirium tremens qui dure une dizaine de jours. De cet accès banal, je ne signalerai que le genre du délire qui empruntait tout son répertoire à l'actualité (tour Eiffel au sommet de laquelle on était transporté ; ballon captif qui venait vous délivrer ; téléphone, phonographe, etc.).

Du mois de Septembre au mois de Novembre 1889, la peau devient terreuse, l'amaigrissement augmente, le ventre se tend, les urines deviennent rares. L'ascite s'établit graduellement, les veines sous-cutanées abdominales se développent de plus en plus. Les urines, examinées à plusieurs reprises, ne contiennent ni sucre ni albumine.

Le traitement local consiste en pointes de feu à la région hépatique et en ventouses sèches à la région lombaire.

Le traitement général est représenté par le régime lacté, l'iodure de potassium, des frictions, du massage, des drastiques, des diurétiques, de la digitaline méthodiquement administrée.

On n'en continue pas moins en cachette les habitudes alcooliques.

Le 15 Novembre 1889, toutes les indications de la paracentèse abdominale sont réunies, et je pratique une première ponction qui donne 9 litres d'un liquide citrin, limpide, ayant tous les caractères du liquide de l'ascite.

Le foie examiné déborde les fausses côtes de deux ou trois travers de doigt.

Depuis le 15 Novembre 1889 jusqu'au 2 Juin 1891, pendant 19 mois, le nombre des ponctions s'est élevé à 37 ce qui nous représente une paracentèse tous les 15 jours, en moyenne. Chaque ponction donnant issue à une quinzaine de litres environ, tantôt à 12, tantôt à 18, nous atteignons en 19 mois, le chiffre respectable de 555 litres de liquide ascitique ; ce que mon client exprimait par le chiffre rond de 4 feuillettes bourguignonnes.

Sous la poussée de cette masse liquide, la ligne blanche abdominale avait cédé peu à peu, et il s'était fait une sorte d'éventration abdominale avec hernie ombilicale et hernie inguinale, le tout maintenu par une ceinture et des bandages appropriés.

Le malade ayant de l'insomnie, je lui ordonne de la paraldéhyde dont il abuse à ce point, que le liquide de la ponction avait une odeur très franche de paraldéhyde. Ce liquide a toujours été clair, si ce n'est une fois, le 10 Avril 1891, où la paracentèse a donné issue à une sérosité louche, légèrement rosée, laissant déposer au fond du vase un amas de la consistance et de la couleur de la gelée de groseilles, dans lequel le microscope révélait un nombre considérable d'hématies crénelées et déformées. La ponction précédente avait été faite, cependant, avec un trocart moyen et toutes les précautions antiseptiques requises.

Le 2 Juin 1891, au matin, j'avais donc pratiqué ma 37e ponction et, après les recommandations et précautions d'usage, j'avais quitté mon malade pour aller aux environs appelé par un confrère. Après mon départ, mon ponctionné, indocile comme toujours, mais plus indocile cette fois encore, enlève son bandage compressif, sort sans mettre sa ceinture, pour faire sa tournée quotidienne de bitters-menthe et rentre vers midi avec des douleurs d'entrailles insupportables : la hernie ombilicale s'était étranglée et tous les efforts d'un confrère, appelé en mon absence pour la réduire demeurèrent inutiles.

A mon retour, le soir à 5 heures je fais, par acquit de conscience, une dernière tentative de taxis et, sans plus insister, j'envoie chercher le confrère qui déjà avait été appelé pour me seconder et je pratique sur la ligne médiane, au-dessus et au-dessous de l'éventration ombilicale, deux longs débridements qui me permettent de réduire les anses intestinales herniées. Malgré la ponction du matin, une grande quantité de liquide ascitique s'écoule à l'ouverture, quantité que nous pouvons évaluer à 2 litres environ.

Je suture plan à plan, pour essayer de la cure plus ou moins radicale de cette éventration, pendant que non opéré simplement allongé sur sa chaise longue, près d'une fenêtre, fume des cigarettes et s'intéresse à toutes les phases de mon intervention.

Le pansement classique de la laparotomie une fois appliqué, pour m'assurer de l'immobilité de mon malade,

je fis, malgré ses protestations, coucher dans sa chambre un solide gaillard pour l'empêcher de se lever. Mon gardien s'endormit d'un profond sommeil et j'appris, le lendemain, que mon opéré s'était promené une partie de la nuit.

Les suites de l'opération, malgré l'indocilité du malade, furent aussi simples que possible ; la plaie fut réunie par première intention et je pus enlever mes dernières sutures le 8e jour après la laparotomie. A la suite de cette intervention, je fis encore trois ponctions ; l'opération ayant été pratiquée le 2 Juin 1891, la dernière ponction eut lieu le 28 Juillet 1891, ponctions donnant de moins en moins de liquide et pratiquées surtout pour s'opposer aux tiraillements de la plaie cicatricielle.

Pendant les six derniers mois de l'année 1891, pendant toute l'année 1892 et toute l'année 1893, c'est-à-dire pendant deux ans et demi, l'ascite ne reparut pas malgré la persistance de la cirrhose et celle des excès alcooliques.

En 1894, cinq ponctions furent nécessaires ; en 1895 et depuis le commencement de 1896, aucune ponction n'a été pratiquée, bien que toutes les matinées soient consacrées, comme par le passé, aux tournées de bitter-menthe.

Cette observation, que je vous ai exposée avec des détails un peu minutieux, n'est pas une observation prise à l'hôpital ; elle a été suivie pendant plus de sept ans, chez un malade qu'on a pu voir vivre jour par jour sans jamais le perdre de vue ; c'est ce qui en fait, je pense, l'originalité et c'est ce qui m'a décidé à la faire mettre à votre ordre du jour.

Pour me résumer, je signalerai, dans ce long exposé, quelques points saillants :

1° Au point de vue du pronostic de la cirrhose alcoolique, la compatibilité de la vie avec une ascite considérable, observée depuis plus de sept ans, chez un malade de cinquante-trois ans actuellement, qui n'a jamais renoncé à ses excès d'alcoolisme ; et, comme conséquence, la curabilité possible de ce genre de cirrhose, toutes choses égales d'ailleurs, chez un autre sujet qui consentirait à abandonner ses habitudes d'intempérance.

2° Le genre d'alcool, composé presque exclusivement de bitter-menthe, à la dose d'une douzaine avant le repas de midi.

3° Le nombre de ponctions qui en vingt et un mois s'élève à 40 et, étant donné qu'à chaque ponction on retire une moyenne de 15 litres de liquide ascitique, cela fait un chiffre respectable de 600 litres.

4° Le genre du délire pendant l'accès de *delirium tremens* qui emprunte son répertoire aux curiosités du moment. Nous étions alors en pleine Exposition de 1889.

5° Le passage de la paraldéhyde dans le liquide de l'ascite ; l'analyse n'a pas été faite il est vrai, mais l'odeur était caractéristique.

6° Une éventration ombilicale étranglée, nécessitant une laparotomie à la suite de laquelle, après trois ponctions de moins en moins abondantes, l'ascite reste pendant deux ans et demi sans reparaître, malgré la persistance des excès alcooliques.

7° La possibilité de cette grave et douloureuse opération chez un malade non endormi, fumant la cigarette pendant l'opération, sans doute prostré, presque anesthésié par l'abus de la paraldéhyde et de l'alcool, et, peut-être aussi, sous l'influence de cet état de prostration tout particulier que j'ai déjà observé chez des hernieux étranglés.

8° La présence de 2 litres environ de liquide ascitique le soir de la ponction, pendant la laparotomie, démontrant et la rapidité avec laquelle ce liquide se peut reproduire, et aussi la quantité qu'on en laisse toujours, même quand on pense avoir vidé l'abdomen en presque totalité.

9° Les suites heureuses de l'opération, malgré le mauvais état du terrain et les imprudences de l'opéré.

10° Au bout de deux ans et demi seulement, l'ascite réapparaît et ne nécessite que cinq ponctions, pendant l'année 1894. Depuis quinze mois, plus d'ascite.

11° En province, le médecin faisant surtout de la clinique, je ne me permettrai pas d'entrer dans des considérations de physiologie pathologique pour expliquer la disparition de l'ascite, dans ce cas de cirrhose alcoolique après la laparotomie.

A la Société médicale des Hôpitaux et dans plusieurs autres Sociétés savantes, on a traité la question à différentes reprises, tant pour l'ascite de la cirrhose que pour celle de la tuberculose, mais surtout pour cette dernière.

Je n'ai retrouvé qu'un cas qui se rapproche du mien, c'est celui du barron Larrey, communiqué à l'Académie en 1822, et citant une guérison de l'ascite de la cirrhose après une intervention pour une hernie crurale étranglée. Je vous avoue que je ne m'autoriserai jamais de ces deux cas uniques, pour proposer la laparotomie pour la cure de l'ascite dans la cirrhose alcoolique.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROTHÉRAPIE

21 Mai 1896.

Hémostase électrique. — M. Tripier. Il est généralement admis que, dans la voltaïsation, l'électrode positive est décongestionnante, et la négative congestionnante ; qu'au niveau des surfaces saignantes ou pouvant saigner facilement, l'application positive est hémostatique, tandis que la négative serait hémorrhagique. Sur cette question de fait, M. Tripier se sépare des auteurs qui ont émis ou accepté les vues qui précèdent. Pour lui, dans les conditions opératoires où l'on s'est placé, en vue du traitement des fibromes, les deux pôles sont hémostatiques, avec, tout ou plus, des nuances de forme à établir par des expériences ultérieures.

Deux ordres de phénomènes se produisent dans la voltaïsation : 1° une polarisation électrolytique, primitive et inévitable ; 2° une chimicaustie secondaire, qui peut s'éviter, et que l'auteur s'est souvent appliqué à écarter. Que l'on utilise ou qu'on évite la chimicaustie, l'action hémostatique se produit.

Force est donc d'admettre qu'il y a, dans le fait de l'hémostase, autre chose ou quelque chose de plus que l'obstacle mécanique opposé à l'écoulement du sang par la formation des eschares, dont la position offre, peut-être, une barrière plus solide que la négative. Et, c'est dans l'électrolyse que M. Tripier cherche cet « autre chose », auquel il attribue l'influence prédominante, et la plus générale, et qu'il cherche successivement dans les conditions physico-chimiques de la coagulation du sang, et dans des conditions physiologiques de réactions musculaires et nerveuses.

Le fait de la coagulation du sang par l'électrolyse positive, fait qu'il a longtemps admis d'après Pravaz et d'après Cindselld, lui paraît aujourd'hui difficilement acceptable : les épreuves, dont la cure voltaïque des anévrysmes, a été l'occasion lui semblent avoir ruiné cette théorie qu'elles paraissaient d'abord devoir confirmer.

Restent les réactions physiologiques neuro-musculaires liées à l'instabilité électrolytique du milieu qui baigne nerfs et muscles. M. Tripier développe les considérations qui lui font attribuer à cet ordre de phénomènes l'influence prédominante dans les conditions de l'hémostase. Cette interprétation aurait le mérite d'expliquer l'indifférence, au moins relative, des pôles, et l'hémostase indépendante de toute cautérisation.

Incidemment, M. Tripier revient sur la pénétration réciproque, dans la voltaïsation, des champs d'action des pôles, qu'il a établie dès 1861, et sur les précautions que cette pénétration commanderait dans les épreuves cliniques visant à établir les rôles respectifs des deux polarités.

Nouveau transformateur à courant alternatif à réglage facile. — M. Gaiff. Cet appareil peut fournir le courant nécessaire à allumer une lampe d'exploration, en même temps qu'on rougit un cautère. Il peut, de plus, servir d'appareil à courant sinusoïdal, pour l'électrisation directe des malades. A l'inverse des transformateurs existants, qui se règlent à l'aide soit d'un rhéostat, soit d'une bobine à selfinduction, et qui donnent, par conséquent, à circuit ouvert, un voltage beaucoup plus élevé que le voltage nécessaire, ce qui peut occasionner des accidents en cas de rupture d'un cautère, celui-ci ne donne que les volts juste nécessaires.

Pour cela, les fils secondaires du transformateur sont à découvert, et des manettes glissant dessus, introduisent, dans le circuit d'utilisation, le nombre de spires juste nécessaire pour obtenir la tension voulue, les autres spires restant en dehors du circuit, et ne pouvant, par conséquent, additionner leur force électromotrice à celles utilisées en cas de rupture d'un cautère, dont les deux pointes deviennent alors des électrodes.

Hypertrophie de la langue. — M. Le Roy de Quénet présente une note sur le traitement électrique d'un cas d'hypertrophie de la langue, guéri par deux séances d'électro-puncture positive.

E. Labbé.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE

27 Mai 1896.

Recrutement de l'armée coloniale. — M. Poitou-Duplessis. La communication de M. Navarre, faite dans la séance précédente, et qui n'avait pu être achevée, se terminait par les trois vœux suivants :

1° Nul ne sera admis à servir l'État, dans les colonies intertropicales, s'il n'a été déclaré apte physiquement par une commission médicale, jugeant *sans appel* ;

2° Toute décision soulevant une question hygiénique pour les blancs en service dans les colonies intertropicales, devra être approuvée par une commission médicale, avant qu'il soit, hors les cas d'urgence, passé outre à son exécution ;

3° Les plans des casernes et des édifices appartenant à l'Etat ne seront mis en œuvre qu'après approbation d'une commission technique, composée de médecins, d'architectes et d'ingénieurs sanitaires.

M. Poitou-Duplessis insiste sur un point délicat du recrutement des troupes blanches. C'est une erreur, d'après lui, d'utiliser, comme éléments coloniaux, les hommes condamnés par les tribunaux militaires.

L'hygiène et la morale sont intimement liées, et on ne peut avoir des troupes solides, disciplinées, propres, non alcooliques, qu'en choisissant une élite, aussi bien au point de vue physique qu'au point de vue moral.

Il insiste, en outre, sur les erreurs du recrutement du personnel civil, comparant les colonies à des égouts dans lesquels la métropole jette ses déchets. Le corps de administrateurs civils coloniaux ne devrait pas faire un corps spécial, mais être formé par l'élite des fonctionnaires de France, pour lesquels, un séjour aux colonies compterait dans l'avancement, alors qu'aujourd'hui, le fait d'avoir quitté la France, empêche d'avancer désormais dans le service métropolitain. Or, c'est au nom de l'hygiène que M. Poitou-Duplessis se place en traitant ce sujet : l'acclimatement individuel dans toutes les colonies intertropicales — et à peu d'exceptions, toutes appartiennent à la zone torride — est une chimère. Il est donc ridicule d'avoir un corps d'administrateurs coloniaux, qui n'auront jamais le temps de refaire leur santé pendant les congés passés en France, le temps colonial devrait être l'exception, le séjour en France, comme fonctionnaire, la règle.

M. Valin. Au cours de la discussion, M. Poitou-Duplessis avait fait allusion aux mécomptes de l'expédition de Madagascar. M. l'inspecteur général Vallin proteste contre les allégations de la Presse, parlant de l'insuffisance des envois de quinine. Il établit, par des chiffres, que les quantités de quinine envoyées ont été plus que suffisantes, ce qui ne veut pas dire qu'elles ont été absorbées.

Au point de vue du recrutement, il insiste, avec raison, sur la différence fondamentale qu'il faut faire entre des condamnés militaires frappés durement, pour des fautes contre la discipline, et les condamnés de droit commun. Les premiers, cerveaux brûlés, peut-être, mais énergiques, capables de bons sentiments, sont susceptibles de faire d'excellents soldats coloniaux.

Les observations de M. Vallin sont favorablement admises par la Société, mais il n'en est plus de même quand il refuse à la Société de médecine publique le droit de s'occuper des questions d'hygiène militaire et coloniale, sous le prétexte que c'est affaire d'administration ; et M. Pinard traduit éloquemment le sentiment général de tous, quand il revendique, pour la Société, le droit de se préoccuper des questions d'hygiène même et surtout quand il s'agit de l'armée.

La Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle présente un caractère trop officieux pour qu'une discussion de ce genre puisse être traitée à fond dans son sein. On sent que chaque orateur mesure ses paroles, craint d'empiéter sur l'administration sacro-sainte.

Déjà, les vœux de M. Navarre paraissent téméraires pour quelques-uns et on n'ose poursuivre plus loin quand M. Napias propose d'ajouter le vœu que les troupes blanches ne soient pas employées aux terrassements que la vente de l'alcool soit rigoureusement prohibée.

Ces vœux, s'ils étaient votés, seraient la condamnation morale de l'expédition de Madagascar, du mépris voulu avec lequel le général Duchesne a traité le service de santé, et on se contente d'adopter les trois propositions citées plus haut, de M. Navarre.

Statistique de la mortinatalité selon l'âge de la mère et l'âge du fœtus. — M. Bertillon. La mortinatalité des fœtus, qui oscille entre 10 et 14 pour 100 vers les 6e 7e et 8e mois, atteint 25 pour 100, le 9e mois. Les fœtus mâles payent un tribut toujours beaucoup plus élevé que les fœtus femelles.

En ce qui concerne l'âge de la mère, on constate que la mortinatalité, après avoir présenté un chiffre élevé chez les mères très jeunes de quinze à vingt ans, s'abaisse de vingt à vingt-cinq ans, pour s'accroître ensuite progressivement avec l'âge : M. Bertillon apporte également des observations sur l'âge des embryons de moins de quatre mois, et sur les accouchements prématurés, mais il faut reconnaître que les éléments de la statistique sont nécessairement bien vagues.

P. Langlois.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

RUSSIE

A la *Société d'obstétrique et de gynécologie de Kieff*, **Gogotzky** a rapporté **un cas d'accouchement forcé après la mort de la mère.** Il s'agit d'une primipare de trente ans, entrée à la clinique pour attaque d'éclampsie, survenue pendant les douleurs. Celles-ci duraient depuis trois jours. En examinant la malade, on vit qu'il s'agissait d'une grossesse gémellaire ; température 38 degrés ; pulsations 100 ; respiration 30 ; albumine et cylindres dans les urines. Pas d'atteinte d'éclampsie pendant le séjour à l'hôpital ; dilatation de 2 centimètres environ douleurs faibles ; toux et dyspnée. Deux heures après l'entrée de la malade, son état empira, et l'on put constater les symptômes de l'œdème du poumon. On décida alors d'intervenir. Après avoir incisé l'orifice externe, on appliqua le forceps et l'on put extraire le premier fœtus qui vint en état de mort apparente, mais fut bientôt ranimé. C'est pendant cette première extraction que la mère mourut. Le deuxième fœtus se trouvant en position transversale, on fut obligé de faire la version. Ce deuxième fœtus venu au monde huit minutes après la mort de la mère, en état de mort apparente, fut également ranimé. En se basant sur son cas personnel, sur 18 autres recueillis dans la littérature ainsi que sur les recherches de Breslau et de Goretzky, **Gogotzky** arrive à

te conclusion que le fœtus peut survivre à la mère ngt minutes et même plus. Pendant ce laps de temps médecin, pour sauver l'enfant, doit pratiquer l'accou- ement forcé ou bien l'opération césarienne.

à la même Société, **Rein** a fait une communication, rtant le titre d'**un cas d'opération césarienne ré- tée avec issue favorable pour la mère et l'en- nt.** La femme dont il s'agit avait été déjà soumise le fois, il y a dix-huit mois, à l'opération césarienne ur tumeur du bassin. Elle devint enceinte quatre mois rès cette première opération; la grossesse évolua nor- alement, et les douleurs commencèrent à terme.

L'enfant se présentait par le siège. Le diamètre anté- -postérieur étant de 1 à 5 centimètres, il n'y avait pas en entendu à faire autre chose qu'une opération césa- enne. Elle fut faite douze heures environ après l'appa- tion des premières douleurs. La paroi abdominale et utérus incisés, on enleva l'enfant par les pieds; le acenta fut extrait sans aucune difficulté, en employant procédé de Schnetge et en lui faisant faire hernie au veau de l'incision. L'hémorrhagie fut insignifiante; opération dura trente-sept minutes. L'enfant, nor- alement développé, pesait 3.310 grammes, il avait une ngueur de 50 centimètres. Dans les suites opératoires n n'a noté qu'une certaine élévation de température, éterminée par la rétention des sécrétions. La plaie se icatrisa par première intention, et la malade quitta hôpital en très bon état. Rein donne une curieuse tatistique d'opérations césariennes. D'après Michailoff, ur 238.127 accouchements, en Russie, on a fait 42 opé- ations césariennes, dont 8 avant 1881. Tous ces 8 cas e sont terminés par la mort; les autres cas présen- èrent 33 pour 100 de mortalité. Quant à l'opération ésarienne répétée, il faut citer le cas extrêmement urieux de Birnbaum, où l'opération avait été faite sur a même malade, cinq fois.

En terminant son intéressante communication, Rein lemande s'il faut, dans des cas de ce genre, recourir à 'opération césarienne conservatrice, ou bien à une pération radicale, comme l'hystérectomie, la ligature des trompes, l'ovariotomie, etc.

Neëloff et **Belineff** estiment que la réponse à cette question ne peut être donnée que par la mère; il s'agit de savoir, si elle désire ou non avoir des enfants.

Voskressensky croit que, dans le cas où l'indication de l'opération césarienne n'est que relative, il faut avoir recours à cette dernière opération; au contraire, lorsque cette indication est absolue, on doit faire l'hystérec- tomie ou la ligature des trompes.

Abouladge dit qu'il faut toujours préférer l'opération césarienne conservatrice : celle-ci étant moins dange- reuse que l'hystérectomie totale.

A la *Société des médecins d'enfants de Moscou*, nous devons signaler la communication de **Goriatschkine** sur l'**alcoolisme chez les enfants**. L'abus des alcools dans l'enfance et l'adolescence, dans toutes les classes de la Société, ne fait aucun doute pour l'auteur.

En effet, les quelques cas qu'il rapporte tendraient à le confirmer. Dans un de ces cas, il s'agit d'une fillette de cinq ans, dont les parents sont des gens instruits et à qui, dès l'âge d'un an on donnait des alcools (cognac, malaga, etc.). Actuellement, cette fillette prend tous les jours deux petits verres à liqueur de vin très fort et une cuillerée à café de cognac. Elle boit le vin avec grand plaisir et devient très animée après, ceci est à noter, parce que, d'habitude, l'enfant est apathique. L'appétit est toujours mauvais il n'est excité que par des boissons alcooliques. L'enfant est pâle, dort mal, a des sueurs nocturnes; le foie et la rate sont augmen- tés de volume. Voici un autre cas plus caractéristique encore et plus grave.

Un garçon de douze ans entre à l'hôpital pour nausées, vomissements, diarrhée, tremblements dans les bras et les jambes. Teint terreux, muqueuses pâles. Ce garçon est un apprenti et est obligé, pour faire plaisir aux ouvriers avec lesquels il travaille, de boire du vin et de la bière toutes les fois que l'atelier, pour une raison ou pour une autre — et même sans raison — se croit en droit de faire un peu la fête, c'est-à-dire de se griser ignominieusement. Ce garçon a déclaré qu'il lui était impossible de ne pas boire, puisqu'un refus lui attirait des coups.

Pour bien montrer l'abus qu'on fait des boissons alcoo- liques, Goriatschkine a eu l'idée d'interroger à ce sujet les parents qui lui amenaient leurs enfants malades. Et voici la statistique qu'il a pu dresser, en se basant sur les renseignements obtenus. Sur 1.671 enfants atteints d'affections différentes, 506 prenaient des alcools (souvent par ordonnance du médecin). Dans 273 cas, l'alcool était donné pendant un laps de temps assez considérable.

Quant à la prescription des alcools en clinique, Go- riatschkine ne l'admet que dans les affections aiguës, et ici encore il ne faut recourir à l'alcool que dans les cas de nécessité absolue et le suspendre, dès que les phénomènes de faiblesse cardiaque auront disparu. **Gippius** confirme les données de Goriatschkine. Il dit que, dans les familles riches, il est très rare de rencon- trer des enfants qui ne prennent pas d'alcools. **Krasno- baieff** fait remarquer que c'est aux médecins que revient la responsabilité de cet abus.

Il arrive souvent, lorsque l'enfant est atteint d'une affection fébrile, que les parents, dès la première visite du médecin, lui demandent de prescrire du vin, et le mé- decin obéit.

A la *Société russe de syphiligraphie et de dermatologie*, **Abramytscheff** a fait une communication sur l'**action du courant statique dans l'urticaire.** Il a recueilli 15 observations sur des malades, dont l'âge variait entre quinze et soixante ans. Le traitement consistait exclusi- vement dans l'électrisation, à l'aide de la machine Cari- Goltz; les séances avaient lieu tous les deux jours ou deux fois par semaine, suivant les cas; elles duraient de 2 à 3 minutes, et se répétaient de 6 à 15 fois; la force du courant était en rapport avec la sensibilité des ma- lades. Ceux-ci peuvent être divisés en deux catégories : la première comprend 5 femmes, chez lesquelles l'urti- caire était en rapport avec une affection génitale. Ici, le traitement n'a pas donné de résultats bien brillants, vu justement le rapport plus ou moins direct de l'urti- caire avec l'état morbide de la sphère génitale : au con- traire, chez les malades de la deuxième catégorie dont l'urticaire avait été probablement d'origine centrale, le traitement, par le courant statique, a donné des résultats absolument satisfaisants : sur 10 malades, 9 ont parfai- tement guéri. Abramytscheff explique l'action favorable du courant statique par la diminution de l'irritabilité des centres vaso-moteurs qu'il produit.

Le même auteur communique un cas **d'idiosyncrasie mercurielle**. Il s'agit d'un malade atteint d'accidents secondaires chez lequel l'administration du mercure, sous quelle que forme que ce fût, était suivi d'une tumé- faction de la figure, des poignets et parfois du thorax, avec élévation de température pouvant atteindre à 38°,4. Ces accidents se terminaient par de la desquamation. Étant donné l'éclosion, la marche et la terminaison de ces accidents, il est permis de penser qu'il s'agit d'un érythème médicamenteux.

Manasseine dit avoir observé une femme âgée, très nerveuse, chez laquelle la simple application d'une com- presse imbibée d'une solution de sublimé à 1 pour 1.000 déterminait l'apparition d'un érythème qui se terminait par une desquamation généralisée.

Scherchewsky suppose que le mercure est mal supporté par les malades atteints d'hypertrophie du foie.

A la *Société des médecins de Kieff*, **Koslowsky** a rap- porté trois cas de **trépanation pour traumatisme du crâne.** Dans le premier cas, il s'agit d'un jeune homme de seize ans, chez lequel il y avait des fractures de l'orbite et du crâne. État comateux, pouls et respiration faibles, réaction pupillaire presque absente. Trépanation, nettoyage de la plaie et pansement antiseptique. Le lende- main, le malade avait repris connaissance; les suites opératoires furent excellentes, et dix-huit jours après l'opération, le blessé quitta l'hôpital parfaitement guéri. Les mêmes bons effets de la trépanation ont été constatés dans les deux autres cas où il s'agissait également de fractures compliquées du crâne. Notons toutefois que, dans le troisième cas, on fit la trépanation un mois envi- ron après l'accident; la cicatrisation s'était faite spon- tanément, mais le malade fut pris de vertiges et de syncope. En somme, dans les trois cas, la guérison a été obtenue en l'espace de 40 à 85 jours, guérison absolument complète, étant donnée qu'elle s'est main- tenue longtemps après l'opération; ainsi, l'auteur a pu voir un malade, notamment celui chez lequel la trépa- nation avait été faite plus d'un mois après l'accident, et il l'a trouvé parfaitement bien portant.

Fleicher fait remarquer que les résultats obtenus par Koslowsky sont vraiment très heureux. Lui, Fleicher, a été moins heureux. Dans un cas de suicide, il avait enlevé des fragments osseux, et cependant, le malade resta paralysé d'une jambe et fut pris, plus tard, de troubles psychiques assez graves.

A la même Société, **Yarochewsky** a parlé du traitement de la **péritonite tuberculeuse**. Il a cité des chiffres qui montrent que la mortalité, dans le traitement mé- dical, est de 40 à 55 pour 100, tandis qu'elle n'est de 13 Pour 100 et même de 4 pour 100 dans le traitement opératoire. D'autre part, les recherches expérimentales de **Kolbassenko**, **Vassiliewsky** et **Kyschensky** ont con- firmé les résultats favorables de l'intervention chirur- gicale et les ont expliqués par ce fait que, la laparotomie retarde l'éruption de nouveaux tubercules, favorise le développement du tissu conjonctif, qui emprisonne les noyaux caséeux existants. L'indication de la laparotomie, d'après Yarochewsky, est indépendante de la forme clinique de la péritonite, des phénomènes pulmonaires et de la fièvre. Mais, si la laparotomie est toujours un bon moyen thérapeutique, il n'en est pas de même des ponctions. Yaroschewsky les considère comme absolu- ment inutiles.

Vosnesensky dit, qu'étant donnée l'impuissance du traitement médical d'un côté, et l'innocuité de l'interven- tion chirurgicale de l'autre, pas un médecin ne devra se refuser à pratiquer la laparotomie, dans un cas de péri- tonite tuberculeuse.

Nous avons eu l'occasion de signaler, ces derniers temps, quelques cas **de rupture du cœur.** Un nouveau fait de ce genre vient d'être rapporté à la même Société par **Korovitzky**. Il s'agit d'une femme de cinquante-six ans, entrée à l'hôpital pour une affection pulmonaire. Elle ne tarda à se rétablir, mais, quelques jours après, elle fut prise d'hémoptysie, de faiblesse générale et suc- comba avec des phénomènes d'insuffisance cardiaque. A l'autopsie, on constata ce qui suit : péricarde rempli de caillots; cœur augmenté de volume; sur bord externe du ventricule droit, une proéminence conique, formée par un caillot qui remplit un orifice, ayant 1 centi- mètre de profondeur. Cet orifice pénètre dans la cavité du ventricule, immédiatement au-dessous la valvule an- térieure de l'artère pulmonaire. Dégénérescence athéro- mateuse de l'aorte et de l'artère pulmonaire, hypertro- phie des deux ventricules. Korovitzky estime que, dans ce cas, c'est une endocardite ulcéreuse, suivie d'un ané- vrysme du cœur, qui a été cause de la rupture.

Ryndowsky dit avoir observé un cas de rupture du cœur, chez un vieillard de soixante-dix-neuf ans, chez lequel on avait trouvé, à l'autopsie, un amincissement cicatriciel de la paroi du ventricule droit; la rupture avait 1 centimètre environ de longueur. On n'avait trouvé que fort peu de sang dans le péricarde, ce qu'on pourrait expliquer par ce fait que la mort était survenue trop vite, pour qu'un épanchement sanguin, plus ou moins considérable, eût eu le temps de se produire. Voskressensky cite un autre cas du même genre.

A la *Société d'obstétrique et de gynécologie de Saint-Pétersbourg*, **Kotschourowa** a rapporté un cas **de kyste dermoïde de l'ovaire compliqué d'une grossesse de deux mois**. Il s'agit d'une femme de trente et un ans, enceinte pour la sixième fois. Le kyste fut enlevé par une laparotomie, la malade se rétablit, continua sa gros- sesse et accoucha à terme d'un garçon parfaitement bien portant. Le kyste était énorme, il pesait environ dix livres et contenait un liquide épais, trouble, jaune ver- dâtre, dans lequel se trouvaient des cheveux et un très grand nombre d'amas graisseux blanchâtres.

ANGLETERRE

M. F. Alcock Nixon, présente à la *Royal Academy of Medecine in Ireland*, les pièces d'un **rétrécissement syphilitique de la trachée et des bronches**. Une grosse production gommeuse englobe les ganglions, en- serre la trachée, et l'origine des bronches qu'elle sépare de l'aorte, et rétrécit à ce point leur lumière qu'une sonde n° 4 passe difficilement. Le larynx est absolument indemne. Le diagnostic avait été fait pendant la vie; le bruit de tirage attirait immédiatement l'attention du côté de la poitrine et l'examen laryngoscopique montrait fac lement que l'obstacle n'était pas au larynx. Aussi bas qu'allait la vue, dans la trachée, on n'y voyait pas d'obstacle. L'auscultation ne montrait aucune différence entre les deux côtés de la poitrine; conclusion : l'obs- tacle est à la partie tout inférieure de la trachée, à sa bifurcation même. Il ne fallait pas penser à une inter- vention chirurgicale; on appliqua le traitement mixte intensif, mais inutilement.

La gomme enserrait de plus en plus le canal aérien; au bout de sept semaines le malade est mort étouffé.

M. Purcfoy apporte, à la même Société, l'histoire d'une **suppuration de l'ovaire, consécutive à un trau- matisme direct**, et il montre la pièce.

La malade est une femme de vingt et un ans, de bonne santé habituelle, institutrice. Un jour, comme elle était couchée, un des enfants qu'elle surveille veut grimper sur son lit et lui donne un violent coup de pied. Elle ressent une grande douleur dans la région ovarienne gauche et dans la cuisse gauche.

Pendant quelques jours, elle fut souffrante; et, depuis lors (il y a de cela quatre ans), les règles abondantes, véri- tables métrorrhagies, sont devenues irrégulières et s'ac- compagnent de douleurs telles, dans le ventre et dans la cuisse gauche, que l'état général en est atteint.

C'est, en Février 1895, que M. Purcfoy voit la malade. Le toucher vaginal montre un utérus gros, en franche rétroversion, un ovaire gauche augmenté de volume, très sensible à la pression, légèrement prolabé. L'ovaire droit paraît sain.

L'ovariatomie proposée, acceptée, fut immédiatement pratiquée. Pendant quelques mois, la malade se plaignit encore de souffrir un peu à gauche; mais la menstrua- tion était redevenue régulière et ne provoquait plus de crises douloureuses.

Pneumonomycose. C'est le titre sous lequel **MM. Arkle** et **Hinds**, exposent à la *Pathological Society de Londres*, le cas suivant :

Un jeune paysan de vingt-deux ans devient, sans cause apparente, un peu court d'haleine d'abord, puis est pris, par accès, de crises de dyspnée excessive. Il réalise tout le tableau de l'emphysémateux avec cette particularité que, toujours bien portant jusque-là, il n'a été soumis jamais à aucune cause provocatrice d'emphysème.

Mort dans une crise de dyspnée, quatre mois après le début de la maladie.

A l'autopsie, les poumons présentant l'emphysème le plus marqué, mais il y a plus : par endroits, l'aspect est absolument caverneux; le tissu est tout creusé de petites cavités, infiltrant tout le poumon, mais pullu- lant surtout dans ces cavités, l'examen microscopique montre un mycélium avec de nombreux renflements, mais sans trace nulle part de sporulation. C'est très certainement un aspergillus. Les autres organes sont sains.

Les auteurs rapprochent ce cas de tous les cas d'as- pergillose déjà signalés chez l'homme, notamment, par Chantemesse, chez les gaveurs de pigeon; l'origine paraît être identique chez ce cultivateur qui maniait le grain. Mais, le plus souvent, l'aspergillus n'est pas comme, ici,

seul en cause, il est associé au bacille de Koch et; d'autre part, une terminaison aussi rapide et aussi brusque est très exceptionnelle.

M. Allan Mac-Lane (Hamilton), de New-York, communique, à la *Medical Society de Londres*, les conclusions de ses observations cliniques et de ses recherches expérimentales sur les **relations entre les auto-intoxications et certaines formes de folie.**

Voici ces conclusions :

1° Les urines riches en indican renferment très peu de sulfates — ou n'en contiennent pas du tout — et sont toxiques; 2° un changement du taux des sulfates est l'indice d'une nutrition viciée, d'une auto-intoxication; 3° pareille perturbation se rencontre ordinairement dans les cas de manie aiguë, où les symptômes se développent rapidement; 4° des hallucinations fugaces et changeantes, un délire non systématisé de la loquacité, de l'insomnie, tous ces symptômes accompagnés de pâleur, d'état gastrique, de constipation, d'épuisement rapide sont le fait d'une auto-intoxication; 5° les états d'abattement, de stupeur chronique, n'ont, au contraire, que peu à faire avec les troubles intestinaux; 6° ces troubles cérébraux variés qui surviennent dans la fièvre, après le traumatisme, après l'absorption de certains médicaments, sont ceux où le rôle de l'auto-intoxication est le plus net; 7° la psychose étant établie, les variations dans l'excrétion des sulfates suit une marche parallèle à celle de la maladie; les accès, les attaques épileptiformes sont en rapport direct avec des processus de putréfaction intestinale; 8° le traitement qui donne les meilleurs résultats est justement dirigé contre les auto-intoxications gastro-intestinale : lavage de l'estomac, grands lavements, antisepsie intestinale (borax, salicylate de soude, charbon, naphtol à doses petites et répétées) et administration, en matière d'aliment, d'un mélange de moelle rouge, de sang et de glycérine.

ITALIE

Signalons tout d'abord à l'*Académie de médecine de Gênes*, l'intéressante communication de **M. Luigi Deveto** sur **l'emploi du nitrate d'argent dans les gastropathies.** Devoto a employé, dans 8 cas de névrose gastrique, le nitrate d'argent qu'on administrait d'après la formule de Rosenheim : nitrate d'argent, 1 gramme, eau distillée, 20 grammes. Le malade prenait de 2 à 4 centigrammes par jour; ajoutons que le nitrate d'argent dissous était versé dans un grand verre d'eau, de sorte qu'il arrivait dans l'estomac en état de dissolution considérable. Les malades supportaient très bien le nitrate d'argent; ce dernier ne provoquait aucun trouble sensible. Quant aux résultats obtenus par ce traitement, ils ont été satisfaisants; on n'est pas arrivé, bien entendu, à faire disparaître complètement le trouble psychique, ce qui s'explique par ce fait qu'il s'agissait très probablement, dans ces cas, d'une névrose en rapport avec le mode de réaction du système nerveux tout entier. Toutefois, ce qui est assez important, la sensation douloureuse déterminée par l'arrivée des aliments dans l'estomac, a été dans la grande majorité des cas, considérablement atténuée. En ce qui concerne le mécanisme de l'action du nitrate d'argent, on peut faire deux hypothèses : ou bien le nitrate d'argent exerce une action révulsive sur la muqueuse stomacale, ou bien il se combine avec le mucus et forme, sur une plus ou moins grande superficie de l'estomac, une espèce de couche protectrice des terminaisons nerveuses trop sensibles; ces terminaisons se trouveraient ainsi isolées des agents d'irritation (des aliments), d'où l'absence de réaction douloureuse. Du reste, le nitrate d'argent n'agit pas toujours de la même façon, et le moment où se produit la sécrétion gastrique, ainsi que la quantité de l'acide chlorydrique sont deux circonstances qui jouent un grand rôle dans l'action de cet agent médicamenteux.

A la même Société, **Vignolo** a fait une communication sur **la structure de l'épithélium de l'amnios.** Les auteurs sont loin d'être d'accord à ce sujet : pour les uns, l'épithélium est cylindrique, pour les autres, au contraire, sa forme varie : tantôt elle est cylindrique, tantôt cubique et même polyédrique. Les granulations contenues dans l'épithélium doivent être considérées, d'après l'auteur, comme étant de nature graisseuse ou albumineuse, vu la coloration spéciale que donne l'acide osmique. L'auteur a fait des recherches à ce sujet. Elles se divisent en deux parties : 1° recherches sur l'épithélium placentaire; 2° recherches sur l'épithélium utéro-placentaire.

L'épithélium de l'amnios extraplacentaire a une forme polyédrique hexagonale; l'épithélium placentaire a également une forme polyédrique mais sa hauteur est beaucoup moins considérable que celle des autres variétés épithéliales. Le noyau, dans cet épithélium, a une tendance à occuper les régions supérieures de la cellule, tandis qu'il occupe les parties inférieures dans l'épithélium extraplacentaire. La forme des cellules est variable et ces variations résultent de ce que la cellule est repliée ou bien distendue. Quant aux granulations cellulaires, elles peuvent en effet présenter la réaction spéciale avec l'acide osmique, mais le fait n'est pas constant. Ces granulations, qu'on considère comme étant de nature albuminoïde, sont emprisonnées dans un stroma protoplasmique cellulaire qui a une structure presque spongieuse, le nucléole a une forme légèrement ovoïdale et donne une réaction chromatique avec la safranine.

A l'*Académie de médecine de Rome*, **Postempski** a fait une communication sur **la résection intestinale avec application du bouton de Murphy.** Il a présenté une femme chez laquelle il a pratiqué la résection de l'intestin et fait l'entéro-anastomose à l'aide du bouton de Murphy, pour hernie étranglée. Bien que la résection eut porté sur une anse assez étendue, la malade a parfaitement guéri. Les boutons furent éliminés par le rectum, le dix-neuvième jour. Postempski considère la méthode de Murphy comme excellente et capable de rendre de grands services pour la résection de l'intestin.

A l'*Académie de médecine de Turin*, **Belfanti** et **Dellatedova** ont fait une communication fort intéressante sur **l'étiologie de l'ozène et sur son traitement par la sérothérapie.** Pour ces auteurs, l'étiologie de l'ozène est incontestablement bactérienne; la maladie est déterminée par un microbe qui se rapproche de celui de Löffler par sa forme et par sa réaction colorante, mais s'en distingue par une virulence moins considérable. Ce microrganisme se trouverait dans les séerétions nasales des individus atteints d'ozène et serait localisé à la surface et dans la profondeur de la muqueuse. Il donnerait lieu à des troubles spéciaux dans le processus chimique des sécrétions, troubles qui seraient suivis de l'atrophie de la muqueuse et des os. Considérant l'ozène comme une affection bactérienne, les auteurs ont pensé, tout naturellement, à la sérothérapie, et, étant donné la ressemblance du microrganisme spécial de cette affection avec le microbe de Löffler, à la sérothérapie antidiphtéritique. Il y ont eu recours, dans 32 cas, et ont obtenu les résultats suivants : 16 guérisons plus ou moins définitive, et 9 améliorations. Les malades non encore guéris continuent actuellement leur traitement. MM. Belfanti et Dellatedova espèrent qu'ils guériront parfaitement. Le traitement consiste à faire aux malades une trentaine d'injections sous-cutanées de 10 centimètres cubes chacune; ces injections sont faites presque tous les jours. Leur nombre varie avec l'état du malade, la durée, la gravité et la forme de la maladie, et enfin, avec le mode de réaction locale et général du sujet. Les modifications constatées sont les suivantes : turgescence et congestion de la muqueuse; disparition de l'odeur caractéristique; fluidification des sécrétions; absence de formation de nouvelles croûtes. Quant aux complications, ce sont celles qu'on peut observer dans la sérothérapie antidiphtéritique en général. Les auteurs conseillent de suspendre le traitement, dès que les complications se produisent, et de le reprendre lorsqu'elles auront disparu.

ÉTATS-UNIS

L'éther, après avoir été complètement supplanté par le chloroforme, revient en grande faveur auprès de plusieurs chirurgiens français. Son usage, qui n'a jamais été complètement abandonné, en Amérique, n'est pas cependant sans danger, s'il faut en croire ces communication à la *Society of Alumni of Bellevue Hopital de New-York*.

M. Charles Phelps cite un cas d'axphyxie par vomissements fécaloïdes au cours d'une **ethérisation.** C'était pour une simple hernie inguinale étranglée; aucun signe particulièrement grave du côté du sac, mais, des symptômes généraux mauvais, dès le début, vomissements alimentaire; le lendemain, vomissements fécaloïdes; ces vomissements, d'ailleurs, avaient cessé quand quarante-huit heures après le début des accidents, on opère. L'éther est administré, comme toujours; la résolution et l'insensibilité obtenues sans incident, on dissèque le sac. A ce moment, le malade vomit en abondance des matières fécaloïdes et la respiration s'arrête : on n'a pu la rappeler par aucun des moyens habituels, ni même par la trachéotomie pratiquée sans retard : à peine la trachée ouverte, par l'incision sortit un jet de matières, et la canule introduite en fut immédiatement obstruée. On ne put faire l'autopsie.

M. John, M. S. Gaulus a eu, dans sa pratique, de pareils accidents. Un jour, il fait une amputation de jambe; l'opération touche à sa fin, quand le malade commence à étouffer, vomit et meurt en quelques minutes.

Un autre opéré, de même, cesse de respirer tout d'un coup, et meurt sous l'éther. A l'autopsie, on trouve, dans les bronches, un liquide qui a l'aspect et l'odeur de la soupe. On apprend alors que le malade s'était procuré en cachette de la soupe et qu'il venait d'en avaler un grand bol, quelques instants avant l'opération.

M. Chandler a vu un cas tout semblable à celui de M. Phelps; il s'agissait d'une appendicite. De même, dans le cas de **M. Zerega.**

M. John I. Erdmann apporte deux cas personnels, deux hernies étranglées. L'anesthésie avait, fait à retenir, été obtenue par le **chloroforme.**

M. Parker Syms propose bien, pour éviter les vomissements fécaloïdes, de pratiquer le lavage de l'estomac, (comme Hartley de New-York) avant l'opération. Mais M. Phelps répond que cette précaution ne saurait être suffisante, puisque l'arrivée des matières dans l'estomac peut se faire, au *cours même* de l'opération.

Son avis est donc — et c'est aussi l'avis de la généralité des membres de la Société — *qu'il faut, dans toutes les opérations où cela est possible* — en particulier dans les hernies — *préférer l'anesthésie locale à l'anesthésie générale.*

M. Villy Meyer entretient la *Medical Society de New-York* du **diagnostic précoce du rein tuberculeux**; ou, du moins, entend-il seulement parler de cette forme de tuberculose chronique, d'abord localisée à un seul rein.

La colique néphrétique figure parmi les premiers symptômes de la maladie; or, cette colique néphrétique est communément rapportée à un calcul. C'est là une grave et préjudiciable erreur de diagnostic, que devrait rendre impossible un minutieux examen microscopique du sédiment urinaire, ou une exploration cystoscopique. Cette dernière exploration donnera souvent un renseignement précieux et fidèle, en montrant un des orifices urétéraux entouré d'une zone congestive. Le diagnostic précoce permettra l'intervention précoce.

On connaît ces cas de **paralysie infantile ancienne**, qui se compliquent, à un moment donné, d'**atrophie musculaire.**

M. Browning, de Broothlyn présente, à ce propos, des remarques intéressantes : le tableau ordinaire de la poliomyélite antérieure se charge de certains phénomènes sensitifs douloureux.

L'atrophie musculaire paraît survenir, comme complication d'un coup de froid, d'une croissance trop rapide.

Ces cas sont relativement favorables, puisqu'on peut les améliorer par le traitement : la faradisation.

A la même Société, s'est engagée une discussion sur l'état actuel de la **chirurgie du cerveau.**

C'est une chose sur quoi la façon de voir et de faire des chirurgiens américains est particulièrement intéressante à connaître.

M. Edward Fisher, de New-York, pose ainsi les indications de l'intervention : traumatismes, attaques épileptiformes partielles, mouvements athétosiques avec ou sans crises épileptiques, tumeurs, abcès, hémorrhagie cérébrale.

Quand l'athétose est due à une irritation de l'écorce, il est indiqué d'enlever cette partie de l'écorce. Abandonnés à eux-mêmes, ces cas-là sont désespérés : il faut donc faire courir au malade la chance d'une opération, si mince soit cette chance. Quand il opère pour des phénomènes d'épilepsie, M. Edward Fisher fait, volontiers, un volet osseux, ce qui conserve, pour la suite, l'intégrité de la boîte crânienne; s'agit-il, au contraire, d'une tumeur, il préfère enlever complètement au trépan une partie de la paroi osseuse.

M. Allen Star entend ne parler que des **tumeurs cérébrales.**

Ce qui limite forcément, de ce côté, le champ de la chirurgie cérébrale, c'est la difficulté de localiser sûrement une tumeur, et la difficulté d'arriver jusqu'à elle. Il n'y a ainsi qu'une bien faible partie des cas qui sont opérables. On ne doit porter un pronostic absolument favorable, que dans les cas de tumeur absolument superficielle, sans tendance aucune à envahir la substance cérébrale. C'est le sarcome qui, à ce point de vue, présente les conditions les plus favorables. Une tumeur aussi superficielle, mais kystique, serait d'un pronostic plus grave, à cause des probabilités de récidive. Toutes ces opérations, d'ailleurs, doivent, au gré de l'orateur, être réservées aux seuls chirurgiens qui sont une expérience particulière de cette chirurgie.

M. Charles L. Dana lit une communication, sur la valeur de la **crâniectomie** dans **l'idiotie et l'épilepsie.** Dans sa statistique personnelle de 14 cas, 3 opérés sont morts, 3 ont été améliorés et 8 n'ont retiré aucun bénéfice de l'intervention.

Les meilleurs résultats sont obtenus chez l'idiot congénital et l'imbécile; mais il faut opérer le premier, avant l'âge de quatre ans, le second, avant la puberté. Certainement, il ne faudra pas compter sur la guérison, mais on verra vraiment, parfois, une amélioration marquée dans l'état physique et l'état mental.

Pour ce qui est du mode opératoire, M. Charles L. Dana fait toujours une ouverture rectiligne avec des branches latérales. Il ne croit pas, d'ailleurs, qu'il faille attribuer l'amélioration à ce seul motif, autrefois souvent invoqué, que le cerveau trouve ainsi un espace où se développer, mais aussi à la discipline parfaite à laquelle on soumet l'esprit de l'idiot.

M. Saks communique son travail sur le traitement chirurgical de l'**épilepsie.** La trépanation, conclut-il, et l'excision de substance certicale ne sont de mise que dans les toutes premières étapes du mal, quand il ne s'est pas encore produit de dégénération.

A New-York, les opérations pour épilepsie ne sont pas, à beaucoup près, aussi fréquentes aujourd'hui qu'elles l'étaient, il y a quelques années.

M. James W. Putnam, de Buffalo, rapporte l'observation de deux **microcéphales** chez qui, **M. Roswell Park**, a pratiqué la crâniectomie et qui en ont retiré une merveilleuse amélioration.

M. George Woolsey, sur une statistique personnelle de 8 cas, n'a eu qu'un succès complet.

Il a toujours attendu, pour opérer, que l'épreuve du traitement médical fût faite jusqu'au bout, et qu'il fût bien établi que l'état du malade empirait, malgré ce traitement.

On voit, en somme, que toutes ces statistiques ne sont pas bien encourageantes. **M. Collins** et **M. Flayo I Grego**, de Buffalo, jugent qu'il serait pessimiste de conclure d'après elles. Le dernier croit qu'on commet communément une faute sérieuse : c'est de se contenter de l'acte

ératoire et de négliger ensuite le traitement médical. La discussion se termine sur une question subsidiaire : e faut-il faire, en face d'une perte de substance de la roi crânienne.

M. Willy Meyer bouche ces ouvertures, fait une véri- ble hétéroplastie, et y emploie le celluloïd.

D'autres chirurgiens, avec **M. E.-B. Augel**, laissent les oses à elles-mêmes : du tissu fibreux se forme assez nse pour être d'une protection efficace.

FORMULAIRE PRATIQUE

Dyspepsies douloureuses.

Hydrate de chloral. . .	2 à 4 grammes.	
Hyposulfite de soude. .	4 à 8	—
Eau de menthe poivrée	q. s.	

our un volume total de 100 centimètres cubes.

Une ou deux cuillerées à café, après le repas, au mo- ient des douleurs.

Alcoolisme.

M. Bauzan rapporte, dans son travail, une série de cas elatifs au traitement de l'alcoolisme par les *injections ous-cutanées de strychnine.*

La solution dont se servait M. Bauzan était de 4 centi- rammes de sulfate de strychnine pour 10 grammes l'eau. On commençait par injecter le quart d'une serin- ue de Pravaz, et, les jours suivants, on augmentait la ose d'un quart de seringue, pour arriver à une seringue t demie, dose journalière, qui était continuée tout le emps du traitement. Le traitement n'était pas interrompu rusquement, mais, en diminuant la dose d'un quart de se- ingue, on revenait progressivement au point de départ.

Les injections ne sont pas douloureuses et sont ordi- nairement bien supportées. L'intolérance se manifeste as la raideur des membres, par une constriction des âchoires, par du tremblement, une dyspnée légère.

Ce qui est remarquable dans ces cas, c'est le dégoût pour l'alcool qui se manifeste chez les malades, déjà après la première ou la seconde injection.

L'épilepsie est la contre-indication formelle du traite- ment. L'administration de la strychnine par la voie sto- macale est bien moins active que les injections sous- cutanées.

Fétidité de l'haleine.

On obtiendra de bons effets de la composition sui- vante :

Camphre		5 grammes.
Acide salicylique.	ââ	10 —
Essence d'anis		
Benjoin pulvérisé.	ââ	20 —
Hypochlorite de chaux . . .		
Glycérine.		200 —
Alcool à 40 degrés		300 —

(Conserver dans un flacon coloré).

Dont on mettra une cuillerée à café dans un verre d'eau, pour soins de la bouche.

Anémie.

Avant chaque repas prendre une pincée de la poudre suivante :

Sous-carbonate de fer		5 grammes.
Poudre de quinquina		
Poudre de cannelle	ââ	2 —
Magnésie calcinée.		

Poudre dentifrice.

Craie préparée		10 grammes.
Camphre en poudre		10 —
Saccharine		1 gr. 50
Bicarbonate de soude		10 grammes.
Magnésie calcinée.		25 —
Pierre ponce		
Salol		6 —
Acide thymique.		15 centigrammes
Carmin.		q. s.
Essence de menthe		

Mêlez et porphyrisez.

Vésicatoire indolore.

Menthol	ââ	1 gramme.
Chloral hydraté		
Beurre de cacao.		2 —
Spermacéti		4 —

Mêlez pour faire pâte.

Cette pâte sera étendue sur la toile ou sur l'emplâtre diachylon.

Poudre dentifrice contre le noircissement des dents.

Chlorate de potasse pulvérisé		14 grammes.
Borax pulvérisé.	ââ	28 —
Magnésie calcinée		
Carbonate de chaux précipité		

Mêlez et pulvérisez.

Anémie grave.

Contre les anémies graves, M. Menella emploie, suivant le procédé de Durante, les injections simultanée d'iode et de fer.

Les deux solutions sont formulées comme il suit :

1)	Iode pur.	20 centigrammes.
	Iodure de potassium. . .	q. s. pour solution.
	Eau distillée	20 grammes
2)	Citrate de fer ammoniacal	1 gramme.
	Eau distillée.	10 —

On injecte la valeur d'une seringue de Pravaz, de la première solution, dans la région fessière d'un côté ; et la solution de fer, dans la région fessière de l'autre côté. Les injections sont faites tous les jours ou deux fois par jour, suivant la gravité des cas.

Tœnia.

Renshaw conseille l'emploi du ténifuge suivant :

Croton-chloral	4 gr. 50
Gomme adragante	10 centigrammes.
Gomme arabique pulvérisée.	25 —
Sirop simple	XXV gouttes.

Mêlez pour faire pilules : n° 24.

A prendre 4 pilules avant de se coucher et 4 autres pilules le lendemain matin à jeûn.

Une heure après un déjeuner léger, on administrera le mélange purgatif suivant :

Infusion de séné	100 grammes.
Alcool chloroformé à 10 pour 100	XV gouttes.

A prendre en une seule fois.

Attaque de goutte.

Contre les attaques de goutte, Dujardin-Beaumetz prescrivait le mélange suivant :

Teinture de semences de colchique	12 grammes.
Alcoolature de racines d'aconit. .	4 —

A prendre, chaque jour, trois fois 20 gouttes dans une tasse d'infusion de feuilles de frêne : 20 gouttes le matin, 20 gouttes à midi, 20 gouttes le soir.

Cesser, s'il survient de la diarrhée, des vomissements, des sueurs. Au contraire, augmenter progressivement la dose jusqu'à 30 gouttes par prise, si elles sont bien supportées.

Topique calmant.

Faire une onction sur la partie douloureuse avec

Sulfate d'atropine.	15 centigrammes.
Chlorhydrate de morphine .	75 —
Acide oléique pur	40 grammes.

puis envelopper avec ouate et recouvrir de taffetas gommé.

Rhumatisme chronique.

Dans le traitement du rhumatisme chronique, on obtiendra de bons résultats du mélange suivant :

Iodure de sodium.	2 grammes.
Bicarbonate de soude.	4 —
Bicarbonate de potasse	6 —
Eau	q. s.

pour dissoudre.

Sirop de salsepareille.	150 grammes.

dont on fera prendre une cuillerée à soupe à la fin de chacun des deux principaux repas.

BIBLIOGRAPHIE

A. Claus et O. Vanderschicht. — *Pathogénie et traitement de l'épilepsie* (Bruxelles. Lamertin, 1896).

L'épilepsie est une maladie dans l'étiologie de laquelle l'hérédité joue un rôle énorme. Un grand nombre de causes différentes, en agissant sur les procréateurs, déterminent chez le descendant l'irritabilité des centres nerveux nécessaire à la production des phénomènes épileptiques.

L'épileptique présente une allure spéciale, bien reconnaissable et bien constante. On peut donc parler du type épileptique. Les auteurs nous décrivent les caractères physiques, physiologiques et moraux de ce type.

L'hérédité crée les conditions permettant à l'épilepsie de se déclarer. L'hérédité du mal est quelquefois directe mais, dans ce cas encore, la pathogénie est celle que nous allons exposer rapidement. Quelle est la cause déterminant de l'épilepsie?

L'irritabilité cérébrale, léguée à l'enfant par les parents, s'accentue sous l'action des troubles de nutrition et détermine ainsi progressivement le fonds anémique et déprimé de l'état convulsif. Le terrain étant ainsi préparé, il ne faut qu'une occasion pour amener la maladie. Cette cause occasionnelle, les auteurs la retrouvent le plus souvent dans une infection ou une intoxication.

Quelle est l'action de cette intoxication? Les auteurs montrent d'abord combien toutes les distinctions établies à propos des formes de l'épilepsies sont peu intéressantes au point de vue scienfifique. L'épilepsie n'est pas une névrose pure; elle est toujours consécutive à des lésions de l'écorce cérébrale, et c'est précisément par son action sur le système nerveux cortical que l'infection agit comme cause directe de la maladie.

Les auteurs définissent la maladie au point de vue de l'anatomie pathologique de la manière suivante : « Une inflammation de nature infectieuse ou toxique, congénitale ou acquise, à marche quelquefois aiguë, le plus souvent chronique, siégeant ordinairement au niveau des circonvolutions motrices du cerveau (épilepsie directe) ou à un autre endroit du système nerveux (épilepsie réflexe) et dont les troubles de la motilité, de la sensibilité et de l'intelligence sont en rapport avec des lésions anatomo-pathologiques. » Voici quelles sont ces altérations du système nerveux central : dégénérescence graisseuse, atrophie ou envahissement par les globules blancs des cellules nerveuses; infiltration par les globules blancs et dégénérescence graisseuse de la névroglie; hyperthrophie de la névroglie autour des vaisseaux avec atrophie des fibres nerveuses; sclérose profonde des vaisseaux sanguins.

L'examen des différents organes des épileptiques montre partout la sclérose des vaisseaux et les lésions dégénératrices des parenchymes.

Il s'agit d'expliquer la cause des attaques d'épilepsie. Leur point de départ est dans la couche corticale du cerveau. Mais comment peut-on comprendre la périodicité des symptômes d'un mal dont la cause est une altération nerveuse permanente? Les différentes théories énoncées jusqu'ici à ce sujet ne satisfont pas les auteurs; ils s'expliquent la pathogénie des attaques de la manière suivante.

La densité du sang diminue notablement avant le début de l'attaque d'épilepsie et augmente immédiatement après le début; les urines recueillies avant l'accès sont plus convulsivantes que celles prises après. D'après Claus et Vanderschicht, la périodicité des accès est en rapport avec des troubles intimes de la nutrition qui précèdent l'accès. Grâce à ces dérangements organiques, il se forme des toxines qui vont agir sur les centres nerveux lésés et provoquer ainsi l'accès d'épilepsie.

Dans le dernier chapitre, les auteurs étudient le traitement de l'épilepsie. Ils y examinent la question sous toutes ses faces en envisageant successivement les questions suivantes : traitement de l'attaque, l'hérédité, la constitution et le traitement de la spasmophilie (irritabilité nerveuse). Dr Demoor.

Slosse. — *Technique de Chimie physiologique et pathologique.* 1 vol. in-8° de 245 p. G. Carré, éditeur, 1896.

Depuis quelques années, la chimie est devenue un complément indispensable de la médecine. Aussi, pensons-nous que le livre que vient de publier M. Slosse est appelé à rendre de très grands services. Sous une forme très concise, mais très claire, l'auteur a résumé tout ce qu'il est important de connaître, en physiologie et en médecine; il a écrit un manuel qui empêchera les étudiants en médecine de se laisser rebuter par les difficultés techniques. M. Slosse a eu, en effet, le grand mérite, au lieu d'accumuler tous les procédés utilisables, d'en choisir et d'en indiquer quelques-uns : c'est, à notre avis, le seul moyen d'écrire un ouvrage vraiment pratique; on évite ainsi aux travailleurs bien des tâtonnements et des hésitations.

Le plan du livre est d'ailleurs fort simple : après les quelques notions générales, l'auteur a fait une étude chimique et physiologique des humeurs de l'organisme, c'est-à-dire du sang et des sécrétions glandulaires; l'étude de l'urine occupe naturellement la plus large part; dans le chapitre consacré à cette importante sécrétion, on trouve des renseignements très exacts sur la recherche des médicaments; peut-être le paragraphe qui traite des ptomaïnes est-il un peu écourté; par contre, l'histoire des matières albuminoïdes est présentée avec beaucoup de soin, et c'est, en somme, pour le médecin, la question la plus importanse.

Un chapitre sur les transsudats, des tables sur les solutions usuelles, un tableau des principaux pigments complètent cet ouvrage qui, par son côté pratique, sera apprécié, non seulement de ceux qui travaillent au laboratoire, mais aussi des médecins qui, chaque jour, sont forcés de faire des analyses cliniques. H. R.

Dr A. Leray, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Antoine. — *Des lésions tuberculeuses chez l'homme et dans la série animale. Etude d'anatomie pathologique comparée*, avec 8 figures dans le texte, et 2 planches en couleurs hors texte.

L'auteur présente 120 observations personnelles, tirées tant de l'homme que des animaux.

Son étude a porté, d'une part, sur plus de 40 organes provenant d'autopsies de tuberculeux, ou d'opérations sur les tuberculeux (poumon, foie, rate, rein, ganglions bronchiques et mésentériques, corde vocale, langue, intestin, utérus, testicule, vessie, cervelet, plèvre, oreillette, peau, synoviale du genou); d'autre part, sur 80 animaux, les uns atteints de tuberculose spontanée, (singe, vache, cheval, lionne, chien, poule, faisan), les autres, tuberculisés expérimentalement, (cobaye, lapin, chien, rat, souris, poule).

Certains points ont été plus spécialement étudiés : et l'on peut dire complètement élucidés : 1° la formation des cellules géantes; 2° la multiplication des cellules fixes, au voisinage des bacilles; 3° l'histogenèse du tubercule; 4° la différenciation précise des bacilles de la tuberculose humaine ou des mammifères, d'avec les bacilles de la tuberculose aviaire, par l'anatomie pathologique du tubercule expérimental.

Paul Launay. — *Veines jugulaires et artères carotides chez l'homme et les animaux supérieurs*, 1 vol. in-8 avec 18 planches. Prix 4 fr. (Masson et Cie, éditeurs).

M. A. Raffalovich. — *Uranisme et unisexualité*, 1 vol. in-8, relié. Prix : 8 fr. (Masson et Cie, éditeurs).

A. Brault. — *Les artérites : leur rôle en pathologie.* 1 vol. pet. in-8°, de l'Encyclopédie scientifique des aide-mémoire. Prix : 2 fr. 50 (Georges Masson, éditeur).

L'Éditeur-Gérant : Georges Carré.

Paris. — Imprimerie L. Marthereux, 1, rue Cassette.

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Les matières premières qui concourent à la préparation de cet Élixir sont : la viande crue, l'eau-de-vie et les écorces d'oranges amères. Aux malades qui ne peuvent vaincre leur répugnance pour les aliments, aux Phtisiques, aux Anémiques, aux Cancéreux, il réussit constamment. 4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. — *Paris, 20, place des Vosges et Pharmacies.*

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ
Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr de sel de chaux.
LA MIEUX TOLEREE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTEES
Anticatarrhale et **Antiseptique**, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.
Eupeptique et **Reconstituante**, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.
L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

FER QUEVENNE Seul Fer réduit approuvé par l'ACADÉMIE de MÉDECINE 14, r. Beaux-Arts, Paris. une expérience de 50 ANNÉES a confirmé sa supériorité — Poudre, Dragées, Pastilles

NOUVEAU MODE D'ADMINISTRATION DES PHOSPHATES aux Enfants, aux Femmes enceintes, aux Nourrices par les **BISCUITS POLYPHOSPHATÉS** de A. THÉSÉE aux Phosphates de chaux, Soude, Potasse, Magnésie et Fer, contenant chacun 1 gramme de Phosphates combinés.
BOITES de 25 (3 francs), 50 (5 francs), 100 (8 francs) représentant 1 litre, 2 lit., 4 lit. de Sirop, Solution ou Vin à base de Phosphates
ENVOI GRATUIT aux Médecins. DEPOT, 39, rue Châteaudun, PARIS

Constipation Habituelle
DRAGÉES DEMAZIÈRE
à la CASCARA SAGRADA
Dépôt Général : G. DEGLOS, 38, Boulevard Montparnasse, Paris.
ÉCHANTILLONS FRANCO AUX MÉDECINS

Farine lactée Nestlé
Cet aliment, dont la base est le bon lait, *est le meilleur pour les enfants bas âge ; il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.*
En outre, pour les adultes convalescents *ou* valétudinaires, *cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.*
A. CHRISTEN, 16, Rue du Parc-Royal, Paris, et DANS TOUTES LES PHARMACIES
MM. les Docteurs sont priés de vouloir bien SPÉCIFIER le nom NESTLÉ *sur leurs ordonnances*

GLYCÉROPHOSPHATES
Phosphate vital de JACQUEMAIRE
Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable, à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER — 1° SOLUT. GAZEUSE; 2° GRANULÉ; 3° SOL. INJECTABLE; 4° SIROP; — Indiqué dans : *NEURASTHÉNIE, PHOSPHATURIE, ALBUMINURIE, PHTISIE, ANÉMIE, Maladies des ENFANTS, CONVALESCENCES*, etc.
SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS
L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmacies.

ARCACHON ENFANTS DÉBILES CONVALESCENCES SCROFULES ET TUBERCULOSES
MAISON DE FAMILLE & DE CONVALESCENCE
Située dans les Pins, à proximité de la Plage
Grand Jardin — Tennis — Gymnastique Suédoise — Massage
SOINS PARTICULIERS POUR JEUNES ENFANTS, ÉDUCATION
Hautes références médicales et familiales
S'adresser à la Directrice : Mme HENRY DUBOIS

Phtisie, Bronchites, Catarrhes, Laryngites; Dermatoses.
SIROP ET GRANULES CROSNIER
MINÉRAL-SULFUREUX
au MONOSULFURE de SODIUM INALTÉRABLE ET GOUDRON
DOSES : Adultes, une cuillerée à bouche ou 2 granules matin et soir, 1 h. avant ou 2 h. après les repas.
PARIS, 22, Rue des Saints-Pères, et Pharmacies.

Compie Française des **TISSUS ANTISEPTIQUES ET MICROBICIDES** Brevetée S. G. D. G.
Fabrication des Tissus basée sur les Théories Pastoriennes.
HYGIÈNE PUBLIQUE — Draperie, Tentures, Tapis, Ameublement.
HYGIÈNE PRIVÉE — Flanelle, Lingerie, Literie, Vêtements.
Hopitaux, Casernes, Chemins de fer, Administrations, Appartements.
PRÉSERVATION DES MALADIES CONTAGIEUSES ET ÉPIDÉMIQUES
Vente en Gros : MM. J. HAYEM et Cie, *Paris*; A. GRANDJEAN et Cie, *Reims*; BLIN et BLIN, *Elbeuf*, seuls Concessionnaires.

LE TANNATE DE CRÉOSOTE SOLUBLE
Contenant 60 0/0 de Créosote de hêtre et 40 0/0 de Tannin forme la base du
CRÉOSAL DUBOIS
SOLUTION (flacon et 1/2 flacon) — POUDRE GRANULEE — CACHETS
Ce médicament a donné de merveilleux résultats dans les **TUBERCULOSES** les **Bronchites** aiguës ou chroniques, et réalise d'une façon parfaite l'antisepsie des voies respiratoires et gastro-intestinales.
PAS IRRITANT, PAS CAUSTIQUE et TRÈS BIEN TOLERÉ
H. DUBOIS, Quai Jemmapes, 56, PARIS, et toutes bonnes Pharmacies

DRAGÉES DE DUROZIEZ AU PROTOXALATE DE FER
Chaque Dragée contient 10 centigrammes de Protoxalate de Fer. — Une à deux Dragées au début des deux principaux repas.
3 fr. LE FLACON
Pharmacie DUROZIEZ
58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARETHEUX, directeur, 1, rue Cassette